

FACULTE MIXTE
DE
MÉDECINE GÉNÉRALE ET COLONIALE ET DE PHARMACIE
DE MARSEILLE

N° 24

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES
FIÈVRES SIMULÉES

Travail de la Clinique Médicale
du Professeur MATTEI

THÈSE

présentée et publiquement soutenue devant la Faculté Mixte de Médecine Générale
et Coloniale et de Pharmacie de Marseille

Le 19

PAR

Josette DASTÉ

Née le 5 Août 1915, à Toulon
Externe en premier des Hôpitaux
Diplômée de Puériculture

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MEDECINE

Examineurs de la Thèse	{	MM. les Professeurs :	{	Assesseurs
		MATTEI, <i>Président</i>		
		POINSO		
		AUDIER		
		RECORDIER		

MARSEILLE
IMPRIMERIE DE LA SOCIÉTÉ DU « PETIT MARSEILLAIS »
19^s, Cours du Vieux-Port, 19^s

1942

CONTRIBUTION A L'ETUDE
DES
FIÈVRES SIMULÉES



Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTE MIXTE
DE
MÉDECINE GÉNÉRALE ET COLONIALE ET DE PHARMACIE
DE MARSEILLE

N°

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES
FIÈVRES SIMULÉES

Travail de la Clinique Médicale
du Professeur MATTEI

THÈSE

présentée et publiquement soutenue devant la Faculté Mixte de Médecine Générale
et Coloniale et de Pharmacie de Marseille

Le

19

PAR

Josette DASTÉ

Née le 5 Août 1915, à Toulon
Externe en premier des Hôpitaux
Diplômée de Puériculture

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MEDECINE

Examineurs
de la Thèse

MM. les Professeurs :

MATTEI, *Président*
POINSO
AUDIER
RECORDIER

Assesseurs

MARSEILLE
IMPRIMERIE DE LA SOCIÉTÉ DU « PETIT MARSEILLAIS »
19^e, Cours du Vieux-Port, 19^e

1942



PERSONNEL DE LA FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE GÉNÉRALE ET COLONIALE ET DE PHARMACIE DE MARSEILLE

Doyen : L. CORNIL

Doyen Honoraire : L. IMBERT

Assesseur : F. MERCIER

Professeurs Honoraires : MM. MOITESSIER, CASSOUTE

OLMER, GAUJOUX, AUBARET, COTTE

Chargé de Cours Honoraire : M. TIAN

Secrétaire : J. CÔMTE

Bibliothécaire : Mme PEROL

Professeurs

Anatomie	MM. CORSY
Anatomie Pathologique et Pathologie Expérimentale.....	CORNIL
Bactériologie	ROUSLACROIX
Chimie Analytique et Hydrologie.....	RIMATTEI
Chimie Médicale	ROCHE
Clinique Chirurgicale	FIOLLE
Clinique Chirurgicale	BOURDE
Clinique Exotique	HECKENROTH
Clinique des Maladies Nerveuses.....	ROGER
Clinique Médicale	AUDIBERT
Clinique Médicale	MATTEI
Clinique Médicale	MONGES
Clinique Médicale Infantile.....	GIRAUD
Clinique Obstétricale	VAYSSIÈRE
Clinique Ophtalmologique	JAYLE
Clinique Oto-Rhino-Laryngologique	BREMOND
Clinique Urologique	CHAUVIN
Histoire Naturelle	N.
Histologie	ROMIEU
Hygiène Générale et Coloniale.....	VIOLLE
Médecine Légale	MOSINGER
Parasitologie	JOYEUX
Pathologie Chirurgicale	MOIROUD
Pharmacodynamie et Matière Médicale.....	F. MERCIER
Pharmacie	VIGNOLI
Physiologie	MALMEJAC
Physique	CHEVALLIER
Thérapeutique	POINSO
Professeur sans chaire	POURSINES

Chargé de Cours

Clinique Dermatologique	M. VIGNE
-------------------------------	----------

Agrégés en exercice

MM. SAUTET, DUBOULOZ, BERTHIER, BALANSARD, BRAHIC, FIGARELLA, ARNOUX
CHOSSON, DELPHAUT, R. IMBERT, PAILLAS, AUDIER, DOR, RECORDIER, SALMON

Agrégés libres

MM. QUINTARET, PIERI

Chargé des fonctions d'agrégé

Chimie médicale	M. DERRIEN
-----------------------	------------

Chargés de Cours complémentaires

Anatomie descriptive et topographique.....	MM. SALMON
Chimie minérale	ARNOUX
Clinique des maladies contagieuses.....	PERIOT
Médecine opératoire	DOR
Microbiologie	BOYER
Neuro-Chirurgie	ARNAUD
Obstétrique	CHOSSON
Pharmacodynamie aux Pharmaciens.....	DELPHAUT
Psychiatrie	ALLIEZ
Toxicologie	GUILLOT
Clinique stomatologique	ACHARD

A MES GRANDS-PARENTS

A LA MEMOIRE DE MON PERE

En souvenir de sa grande bonté et de son affection.

A MA MERE

J'ai toujours senti auprès de moi sa constante sollicitude. Je n'oublierai jamais tous les sacrifices qu'elle a faits pour moi, qu'elle trouve ici un bien faible témoignage de ma confiance et de ma tendresse filiale.

A MON PARRAIN

Dont les conseils éclairés et l'exemple m'ont toujours été si précieux. L'admiration que j'ai pour lui n'a d'égale que l'affection que je lui porte.

A MA TANTE

Il n'existe pas de terme pour lui exprimer mon amour et ma reconnaissance ; elle est pour moi une seconde mère.

A MON ONCLE L. CANESSE

A MON BEAU-PERE

A TOUS LES MIENS

AU COMMANDANT ET A MADAME DESBANS

A MON JURY DE THESE

A MON MAITRE

MONSIEUR LE PROFESSEUR CH. MATTEI

Professeur de Clinique Médicale à la Faculté de Médecine
Médecin des Hôpitaux

Qui nous a inspiré ce travail et a bien voulu nous faire l'honneur de présider notre thèse.

Nous n'oublierons jamais ses leçons cliniques ni ses si claires interprétations radiologiques. C'est lui qui nous a appris à examiner les malades et à respecter ceux qui souffrent.

Qu'il trouve ici un témoignage d'admiration pour son enseignement et l'expression de notre reconnaissance pour l'intérêt que constamment il a bien voulu nous témoigner.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR R. POINSO

Professeur de thérapeutique à la Faculté de Médecine
Médecin des Hôpitaux

*Un des regrets de ma carrière dans les
hôpitaux est de n'avoir jamais pu passer
dans son service.*

A MONSIEUR LE PROFESSEUR M. AUDIER

Professeur agrégé à la Faculté de Médecine
Médecin des Hôpitaux

*Il a bien voulu accepter de faire partie
de mon Jury de thèse. Qu'il trouve ici
l'expression de ma respectueuse recon-
naissance.*

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ RECORDIER

Professeur agrégé à la Faculté de Médecine
Médecin des Hôpitaux

*Qu'il veuille bien croire à tout notre
respect et à toute notre sympathie.*

A NOS MAÎTRES DANS LES HOPITAUX

MONSIEUR LE DOCTEUR ROCHE

MONSIEUR LE DOCTEUR SEDAN

MONSIEUR LE PROFESSEUR SALMON

MONSIEUR LE PROFESSEUR FIOLE

MONSIEUR LE DOCTEUR GASTON

MONSIEUR LE PROFESSEUR MATTEI

MONSIEUR LE PROFESSEUR GIRAUD

*dont nous avons eu l'honneur d'être
l'externe.*

MONSIEUR LE PROFESSEUR AUBARET

MONSIEUR LE DOCTEUR SEPET

MONSIEUR LE PROFESSEUR VAYSSIÈRE

MONSIEUR LE PROFESSEUR CHOSSON

MONSIEUR LE DOCTEUR GAMEL

*chez qui nous avons eu l'honneur de faire
fonction d'interne.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR P. SARRADON

Chef de Clinique à la Faculté

*Il a bien voulu nous aider de ses
conseils dans l'élaboration de cette thèse,
qu'il trouve ici l'expression de ma pro-
fonde reconnaissance.*

A CEUX QUI M'ONT PRÉPARÉE AU CONCOURS

MONSIEUR LE DOCTEUR V. DONNET

Chef de Clinique à la Faculté
Chargé d'Agrégation

Avec tous nos remerciements.

MONSIEUR LE DOCTEUR HENRY

Interne des Hôpitaux

MONSIEUR LE DOCTEUR P. ROBERT

Chef de Clinique à la Faculté

MONSIEUR LE DOCTEUR STEPHANOPOLI

Chef de Clinique à la Faculté

*Qui ont accepté courageusement la
tâche ingrate de nous faire des écuries.*

A MES AMIS

INTRODUCTION

La fièvre est une des manifestations les plus couramment observées en clinique ; on lui accorde, à juste titre, une grande valeur. Tant que le niveau de la colonne de mercure n'est pas redescendu à la normale, le sujet est considéré comme un malade et il est l'objet de soins attentifs.

Malheureusement, « tous les malades » ne méritent pas tant de sollicitude et, si ces derniers sont rares, il faut pourtant savoir qu'il existe de véritables simulateurs et nous devons y penser, afin d'éviter bien des mécomptes conduisant à mettre en doute la sagacité du médecin qui peut être dupe de gens plus ou moins intéressants.

Presque toutes les manifestations morbides peuvent être simulées, mais l'observation clinique montre que la fièvre se rencontre avec une fréquence particulière, probablement à cause de la facilité apparente de sa réalisation thermométrique.

Les anciens auteurs décrivaient avec force détails les signes qui accompagnent l'hyperthermie pathologique. Cliniciens exercés, l'aspect du malade, sa coloration, l'état de sa peau et de son pouls les renseignaient avec certitude.

Peu à peu, avec la vulgarisation du thermomètre, on s'est peut-être un peu trop habitué à lire hâtivement un chiffre qui a, certes, une valeur considérable, mais qui, s'il est l'expression de la réalité dans la grande majorité des cas, n'en peut pas moins parfois être sujet à caution. C'est pourquoi la question a été remise à l'ordre du jour. Beaucoup d'auteurs s'y sont intéressés, en particulier notre Maître le Professeur Mattei a longuement étudié ces fièvres simulées, en a relevé de nombreuses observations, et nous a fourni le sujet de cette thèse.

Ce sont donc ces « fièvres simulées » que nous nous proposons d'étudier dans leurs divers aspects cliniques : fièvres très élevées ou, au contraire, fébricules, fièvres volontairement provoquées, et enfin les réserves qu'il convient de faire pour ne pas traiter comme des comédiens ou des profiteurs d'authentiques malades.

HISTORIQUE ET PATHOGENIE

Il semble que les fièvres simulées doivent être extrêmement rares. Il n'en est rien ; elles composent, en effet, 3 % des fièvres continues observées en pratique dans le service de la Clinique médicale du Professeur Mattei, ce qui est un chiffre considérable qui paraît devoir encore augmenter de nos jours.

Autrefois, on ne les rencontrait guère que chez des femmes nerveuses qui éprouvaient le besoin de se faire remarquer ou plaindre ; il était du reste de bon ton, pendant la période romantique, de faire une maladie à la suite de la moindre contrariété. A ce moment-là, le contrôle thermométrique n'étant pas répandu, s'il était parfois difficile de faire la part de vérité dans ces syndromes morbides, le médecin ne se laissait en général pas abuser par ces états impressionnants dont il avait l'habitude.

Avec Charcot, on accusa l'hystérie de tous ces méfaits, on décrivit avec complaisance une « fièvre hystérique » et Briquet, en particulier, en fit une longue étude ; on pensait alors que, par auto-suggestion inconsciente, le malade pouvait devenir hyperthermique.

Babinski fit le procès de ces manifestations en apparence organiques et démontra que, pas plus qu'elle n'était capable de déterminer des hémoptysies si fréquentes dans ces cas, la suggestion ne pouvait avoir une influence quelconque sur le thermomètre. Il créa le terme de pithiastisme qu'il définit : « Tout ce qui peut apparaître par suggestion et disparaître par persuasion ». Depuis lors, de même que les ulcérations, les œdèmes, les hémoptysies, la fièvre n'est plus un symptôme d'hystérie, mais le résultat d'une simulation qui, appliquée à la reproduction des cas pathologiques, a été justement dénommée « pathonimie ». Le mot est de Paul Bourget.

De nos jours, bien que moins nombreux, ces mythomanes existent encore. Mais on a vu s'élever peu à peu toute une catégorie de gens qui, connaissant mieux l'usage du thermomètre et l'intérêt que l'on peut en tirer, ont fraudé les chiffres de leur température dans un but beaucoup plus pratique. En effet, depuis

quelques années, des lois sociales reconnaissent certaines maladies contractées au travail et les indemnisent plus ou moins largement. Dès lors, la maladie devient intéressante et, tandis qu'elle procure au patient un congé suivi d'une période de convalescence, elle peut être pour lui une source de revenus.

D'autres, la plupart vagabonds sans foyer, essaient de prolonger un séjour à l'hôpital où, du moins, ils sont certains d'être couchés dans un lit et alimentés à leur faim ; on peut voir alors remonter le thermomètre de sujets actuellement guéris mais qui relèvent d'une maladie véritable, cette réascension pose parfois de difficiles problèmes diagnostiques.

Il y a aussi une autre cause, peut-être la plus importante : c'est la guerre. Avec ses obligations et ses périls, la possibilité d'y échapper par la fièvre, rendue plus tentante encore par l'appât de la pension qu'elle peut comporter, elle a mis cette supercherie relativement facile à l'ordre du jour.

Dans un but plus avouable, un grand nombre de prisonniers de guerre essaient par tous les moyens de regagner leurs foyers et beaucoup doivent leur retour à ces pseudo-températures qui ne sont pas toujours identifiées.

En période de paix même, nombre de recrues, pour se faire réformer ou simplement dispenser de service, s'ingéniaient à se faire porter malade, et les ouvrages médicaux militaires abondent en descriptions et moyens de dépistage des fièvres simulées.

Enfin, à notre époque où l'expérience montre que ce sont souvent les moins scrupuleux « qui arrivent », on comprendra facilement que le thermomètre ait pu servir, plus d'une fois, à des fins intéressées.

En fait, actuellement les fièvres simulées s'observent chez deux types d'individus :

Des femmes qui emploient ce moyen pour impressionner leur entourage ;

Chez des hommes dans un but utilitaire.

Il semble, en fin de compte, que les femmes soient particulièrement sujettes à ces manifestations fantaisistes :

Sur 13 observations, nous ne relevons, en effet, que 5 cas masculins.

ASPECTS CLINIQUES

Les aspects cliniques extrêmement variables sont le résultat de la plus haute fantaisie. Cependant, suivant le degré de perspicacité et de culture médicale ou para-médicale du sujet, on peut les classer en deux grandes catégories :

1° Les hautes fièvres simulées, où la température est maintenue aux environs de 39°-40°, sont en général le fait de gens peu instruits se figurant ainsi frapper davantage et ignorant que leur bon état général, la négativité de tous les examens cliniques et de laboratoires les feront rapidement démasquer par un médecin averti ;

2° D'autres, plus intelligents ou mieux au courant des choses de la médecine, se contenteront d'entretenir leur thermomètre à des températures modérées, ils seront plutôt subfébriles et il est alors très malaisé d'affirmer la supercherie ; ce sont ces cas qui donnent lieu à des discussions de diagnostic différentiel parfois très difficiles.

Nous allons donc étudier successivement les hautes fièvres simulées et les fébricules.

A. — LES HAUTES FIEVRES SIMULEES

Se traduisant par des températures qui peuvent dépasser 40°, elles se rencontrent le plus souvent, comme nous l'avons dit, chez des sujets peu cultivés.

On observe toutes sortes de courbes, tantôt en plateau sans rémission matinale, tantôt en clochers d'allure septicémique, tantôt en oscillations anarchiques.

Pour plus de vraisemblance, les malades peuvent accuser des frissons violents qui, nécessitant l'emploi de bouillottes ou de cerceaux chauffants, leur permettent d'exhiber les plus belles ascensions de leur thermomètre. Bien entendu, il est rare qu'ils ne se plaignent pas des troubles les plus divers et les moins contrôlables : céphalées, points de côté, douleurs lombaires ou abdomina-

les, malaises vagues. A moins qu'ils ne mettent en évidence un abcès volumineux ou une plaie traînante et inguérissable.

C'est qu'en effet ces fortes fièvres peuvent être soit simulées par des manœuvres portant uniquement sur l'instrument de mesure, c'est la méthode d'élection des femmes qui veulent bien faire les malades mais qui ne veulent pas souffrir ; soit provoquées par des lésions volontaires et on les rencontre alors chez des hommes, militaires la plupart du temps, surtout en période de guerre.

Les observations de fièvres simulées sont nombreuses et si beaucoup sont vite dépistées, il n'en est pas toujours ainsi.

OBSERVATION n° 1. — (*Observation due à l'obligeance du professeur MATTEI*).

M^{lle} Y..., âgée de 30 ans, a une fièvre oscillante à 37°4 le matin, 39°5 le soir pendant deux mois.

Le contrôle fait disparaître ces oscillations, le sujet ayant seulement 37° et 37°4. A noter chez elle des troubles de stase intestinale par mégacôlon qui évolue dans l'apyrexie totale depuis le contrôle régulier des températures.

La radiographie pulmonaire est normale, il n'y a aucun autre signe. Cette observation est un exemple de l'existence possible d'une lésion organique et d'une fièvre simulée. La lésion organique pouvant se dissocier nettement de la fièvre.

OBSERVATION n° 2. — (*Observation due à l'obligeance du professeur MATTEI*).

L'auteur nous rapporte les faits suivants :

« M^{lle} Z..., jeune fille de 17 ans, soignée avec dévouement par une famille pleine de sollicitude, présente depuis 3 jours une température en plateau entre 39°5 et 40°. Bon état général, aucun symptôme net, mais allégation de troubles intestinaux (?). Douleurs, diarrhée, radiographie pulmonaire normale.

Le matin d'un premier examen, la température mesurée à 8 h. 10 s'élevait à 39° 2. Reprise par nos soins à 8 h. 20, elle mesurait 37°1 et ne s'éleva plus désormais grâce à la prise méthodique de la température rectale ».

OBSERVATION n° 3. — (*Due à l'obligeance du docteur Georges Aurand*).

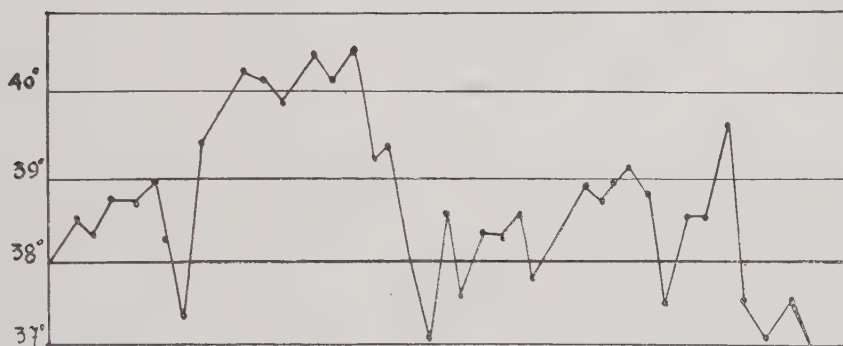
Cette observation, qui pourrait trouver sa place au chapitre de l'exagération, me paraît cependant pouvoir être citée ici parce que les symptômes morbides présentés par la malade ne semblent pas très réels.

« C. M..., 52 ans, antécédents héréditaires psychiques : père 81 ans, violent, emphatique, toujours théâtral dans les moindres actes de la vie courante. (Ex. : à domicile ne se promène jamais autrement qu'en robe de chambre et bonnet de police parce qu'il sait qu'il ressemble ainsi à un homme d'état qui fut célèbre).

Mère, 84 ans, hypocondriaque depuis toujours maniaque, qui a passé son temps à vivre dans les romans qu'elle a lus tout en pestant contre la réalité.

Couple en désaccord permanent, qui a donné aux enfants le spectacle quotidien de scènes conjugales variées.

C. M... est née à sept mois ; elle a eu une enfance souffreteuse et a présenté en particulier un prolapsus pendant fort longtemps. Régée à 13 ans, elle s'est mariée à 17 ans contre le gré de ses parents et de son médecin. Pas de grossesse. De 35 ans à 40 ans, successivement pleurésie gauche, exérèse du sein droit puis appendicectomie au cours d'un syndrome abdominal douloureux avec météorisme. Le chirurgien ayant trouvé des anses et un côlon agglomérés en gâteau, a refermé, l'appendice étant d'apparence normale. A 42 ans, elle perd son mari et vient habiter chez ses parents où nous avons l'occasion de l'examiner en juin 1941. On constate aussitôt que le milieu n'est pas à sa convenance. De plus, elle se plaint de douleurs type angineux (qu'elle aurait depuis dix ans) et la veille, à la messe de 7 heures, cette douleur s'est accompagnée de vertiges avec chute. A l'examen, léger roulement présystolique avec claquement de fermeture. T. A. : 12-7 indice 1 ; le pouls est à 88 ; elle pèse 42 kilos ; rien au poulmon ; abdomen sensible à la pression.



On obtient pour la malade un mois de congé à la campagne qui fait merveille.

Le 1^{er} novembre, nous sommes à nouveau appelés et la malade présente cette fois un syndrome colique analogue, dit-elle, à celui qu'elle aurait eu à Lyon en 1930. L'abdomen est tendu, ballonné, douloureux, pas de selles, peu ou pas de gaz. Le pouls est à 100.

La situation se prolonge et nous allons nous décider à appeler un chirurgien lorsque notre thérapeutique est suivie d'un effet heureux et la malade a enfin une selle.

Mais l'état général déficient nous oblige à injecter du sérum et des toniques cardiaques. A ce moment la malade dont la température est d'autant plus variable et élevée qu'on lui laisse sans méfiance la disposition du thermomètre, se plaint d'une douleur à la fesse gauche qui présente en effet une tuméfaction profonde. Le lendemain, la fesse droite en présente une autre. Avec le chirurgien que nous avons appelé, nous décidons le transport en clinique parce que nous sentons la nécessité d'un changement de milieu.

Le 8 novembre, débridement des abcès, le 10, transfusion de 250 cc de sang rendue nécessaire par le véritable effondrement de l'état général.

Deux heures après, grands frissons, phénomènes de schock. On nous appelle ainsi que le chirurgien; on ne peut nous joindre et nous apprenons plus tard que la malade a demandé le thermomètre et a eu 40°5.

A partir du 12 novembre, les abcès sont bien vidés, le pouls revient sensiblement à la normale; la malade déclare n'avoir pas d'appétit et la température persiste avec des variations étranges qui font naître le soupçon dans l'esprit du chirurgien et dans le nôtre. Ce n'est toutefois que le 19 au matin que nous décidons, en présence des 39°7 que nous montre la courbe et que rien ne peut expliquer, de prendre la température nous-même et nous lisons 37°4 au thermomètre.

Nous obtenons alors que l'infirmière veuille bien rester auprès de la malade pendant la prise de la température, et la courbe redevient aussitôt normale.

La malade sort de la clinique guérie.

Nous avons eu l'occasion de la revoir dans sa famille, à la faveur d'une indisposition, et le thermomètre est remonté aussitôt à 38°5.

La sœur de la malade, instruite de notre expérience, a consenti à prendre elle-même la température qui est aussitôt redevenue normale.

Toutefois, un matin, s'étant contentée de rester assise dans un fauteuil en face du lit, après avoir confié le thermomètre à la malade, le thermomètre a marqué 41°. La stupéfaction a été aussi grande d'un côté que de l'autre. On a remis le thermomètre après l'avoir dûment observé et il n'a plus marqué que 37°2. »

L'auteur ajoute encore : « Les deux abcès développés sur les piqûres de spartocamphre ont eu une allure anormale. Ils ont évolué avec beaucoup de lenteur. Ils n'étaient pas chauds ni rouges mais extrêmement douloureux et, à l'ouverture, ils étaient dans une coque épaisse et comme lardacée, et ne contenaient que très peu de pus très mal lié. La température de cette période est tout à fait suspecte et n'a jamais été contrôlée.

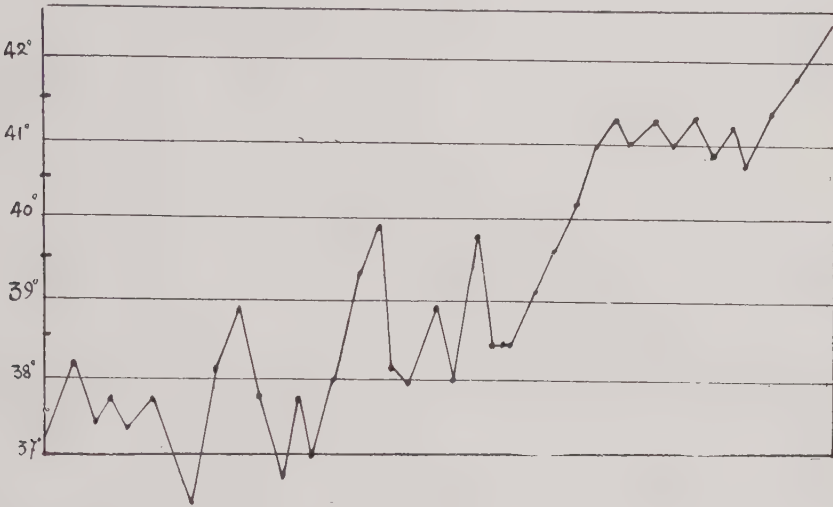
« L'état général déficient de la malade s'explique bien mieux par le refus de l'alimentation pendant 10 jours que par une infection endogène ou exogène. »

OBSERVATION n°4. — (*Observation due à l'obligeance du docteur PAUL SARRADON.*)

En 1937, à la suite « d'ennuis sentimentaux », M^{lle} X..., âgée de 17 ans, fait une crise de pithiatisme absolument typique, avec pseudo-coma, stertor, yeux convulsés, trémulation des paupières, mouvements convulsifs des mains. Cette crise est calmée par la pression ovarienne forte. Tout rentre dans l'ordre. Mais deux mois après, nouveaux ennuis sentimentaux; cette fois elle se couche et pendant quinze jours la fièvre affecte une forme oscillante entre 37° le matin et 40° le soir, sans aucune manifestation pathologique.

Hémoculture et séro-diagnostic sont, bien entendu, négatifs. La malade se plaint de céphalées, de courbature, d'insomnie. Le seizième jour, exactement à la suite de l'arrivée du fiancé revenu à des meilleurs sentiments, la fièvre retombe aussitôt.

La malade interrogée quelques mois après, avoue le truquage de sa température. Elle mettait le thermomètre entre les barres du chauffage central.



OBSERVATION n° 5. — Une autre observation tout à fait caractéristique est celle de la jeune J. V..., 15 ans. Cette jeune fille entre à l'hôpital, dans un service voisin du nôtre, le 23 octobre 1941, pour des vomissements, de la toux et une hémorragie rectale qui aurait été abondante mais qui n'aurait pas été contrôlée. Elle accuse une légère douleur dans la fosse iliaque droite. L'examen clinique est absolument négatif pour tous les appareils. Numération et formule leucocytaire, hémocultures, séro-diagnostic, tout est normal. Cependant, cette malade a de la fièvre. Sa température d'abord oscillante entre 38° et 39° monte en flèche au 12^{me} jour de son hospitalisation pour se maintenir en plateau au-dessus de 41° sans être influencée par aucune médication.

Le pouls étant à 70 ou 80 et la patiente se plaignant toujours de douleurs abdominales, on pense à la possibilité d'une fièvre typhoïde lorsqu'un matin le thermomètre monte à 42° 5. A ce moment-là le contraste est trop considérable entre l'excellent état général et le chiffre de la température. On fait un contrôle en maintenant le thermomètre en place et on constate que la température n'est que 37° 2, la malade est immédiatement remise de son état alarmant.

OBSERVATION n° 6. — (Citée par ROUSSY dans *revue neurologique*, Paris 1914).

Chez un Arabe existait depuis une chute sur le genou faite dans les tranchées, une contracture du membre inférieur gauche extrêmement douloureuse avec une température d'environ 39-40° et quelques hémoptysies. Ce malade était considéré depuis son entrée atteint de tuberculose, lorsqu'un beau jour le thermomètre marquant 41°, l'attention fut attirée sur son cas et la supercherie déjouée. Il faisait lui-même monter son thermomètre et parvenait volontairement à faire des crachements de sang.

Ces signes disparurent immédiatement ainsi que la contracture du genou par un séjour de 24 heures dans un cabanon de la quatrième division de fiévreux détenus.

OBSERVATION n° 7. — (*Citée par COMBEMALE et P. MONDAIN, Echo Méd. du Nord 1936*).

Les auteurs racontent l'histoire d'une malade de 34 ans qui, après appendicectomie présentait des troubles intestinaux et une température à 40° pendant plus d'un an.

La situation de la patiente ne permettant pas de mettre en doute sa sincérité, on émit toute sorte d'hypothèses, entre autres celle de colite sigmoïdienne à bacilles de Morgan, le laboratoire ayant donné une réponse douteuse à ce sujet. Le pronostic était alors redoutable. La malade subit un traitement énergique à base d'anatoxine, et un régime sévère. Mais les mois passent et son état est sans changement. C'est alors que l'on se décide enfin à contrôler la température: elle est de 37°.

On n'est jamais parvenu à dépister par quel moyen la malade faisait monter son thermomètre. Elle ne faisait aucun mouvement, elle ne se livrait à aucune manœuvre, nulle bouillote ne lui était permise. Fait encore plus surprenant, la température axillaire était en harmonie avec la température rectale.

On pourrait citer bien d'autres cas de ces hautes températures dues à l'ingéniosité du simulateur: il est très facile de faire monter le thermomètre en frottant le réservoir pendant une ou deux minutes ou en le heurtant à petits coups, on peut même ne pas dépasser le degré voulu.

Nous ne nous arrêterons pas au plus classique des procédés qui consiste en des contractions du sphincter anal qui font ascensionner le mercure; il est plus difficile d'obtenir le même résultat par des frictions du bras contre l'aisselle.

Il est encore très simple d'accuser un violent frisson qui provoque l'affolement de la famille et a pour effet d'entourer immédiatement le malade de soins et de bouillottes, il lui est alors très facile de faire voisiner le thermomètre avec ces dernières.

A l'hôpital et dans nos cliniques modernes, c'est plutôt le cerceau chauffant électrique qui est utilisé à ces fins, il a le même effet sur l'instrument de mesure.

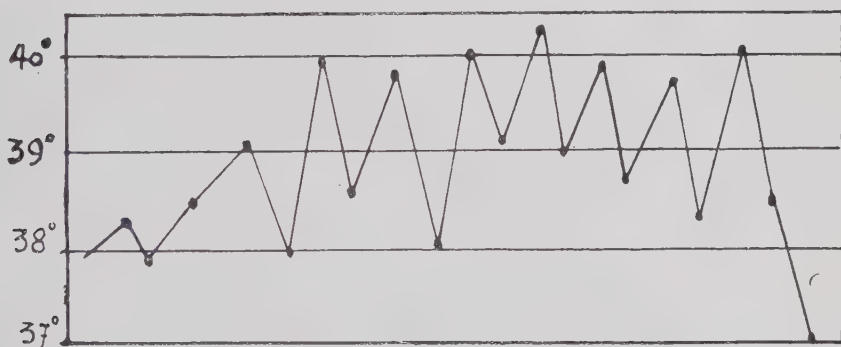
On cite aussi le cas d'une femme qui se contentait de placer son thermomètre entre les tuyaux du chauffage central situé auprès de son lit.

Dans tous ces cas, il est bien simple de démasquer le fraudeur: il suffit de prendre soi-même la température en maintenant le thermomètre en place pendant les deux minutes réglementaires. Ce procédé est couramment employé et a pour résultat de faire tomber à la normale, en quelques minutes, une courbe souvent impressionnante.

EXAGÉRATION. — Il ne faut cependant pas croire que lorsqu'on démasque la supercherie d'un sujet qui « exagérait », il est pour cela complètement indemne. En effet, nombre de malades véritables, trouvant sans doute que leur température réelle ne traduit pas assez bien les symptômes qu'ils éprouvent, l'augmentent délibérément pensant qu'ainsi leur état étant jugé plus grave, ils seront mieux soignés et leur cas étudié plus attentivement. Cette forme est plus fréquente qu'on ne le pense, elle se rencontre très souvent à l'hôpital, en particulier dans les services de tuberculeux, où les malades à l'affût de fortifiants savent qu'en période fébrile ils subissent un traitement plus actif.

OBSERVATION. — (*Due à l'obligeance du docteur A. RAYBAUD.*)

M. C. M..., 45 ans, entre à l'hôpital pour syncopes répétées sans crises convulsives et dyspnée d'effort avec palpitations. Il a des sueurs nocturnes, de la toux et une expectoration assez abondante, mais jamais il n'a eu d'hémoptysie. Dans ses antécédents, il a eu des bronchites à répétition et aurait présenté en 1917 une péritonite bacillaire.



Actuellement son état général est bon, l'examen clinique et les radios montrent que ce malade est un scléreux pulmonaire actuellement guéri de sa tuberculose mais qui est atteint d'une néoplasie probable du poumon gauche.

En outre ce malade présente depuis trois mois une température en clochers oscillant entre 38° et 40°.

Ce malade paraissant malgré tout suspect, on fait un contrôle thermométrique ; immédiatement il avoue sa supercherie. Il avait simplement peur d'être fait « sortant » et frottait le réservoir à mercure avec ses draps.

PERSÉVÉRANCE. — Il est aussi fréquent de voir des malades entrant en convalescence à la suite d'une authentique maladie qui, après avoir fait une défervescence normale, se remettent à avoir de la fièvre. Le diagnostic est alors malaisé car une complication tardive ou une rechute sont toujours possibles.

Cependant, leur bon aspect attire l'attention d'autant plus que souvent leur condition sociale explique cette persévérance qui est le fait de vagabond sans foyer ou celui d'une femme ou d'un adolescent satisfaits des bons soins reçus à l'hôpital ou dans leur famille et essaient d'en profiter quelque temps encore.

OBSERVATION. — (*Due à l'obligeance du professeur MATTEI*).

Ici, c'est une jeune personne qui appartient à une collectivité où la discipline était sérieuse et qui avait eu une vraie fièvre assez vive au cours d'un abcès péri-anal. Le régime de la période de soins avait été si agréable que malgré la parfaite guérison de l'abcès, la fièvre était revenue entre 41° et 42° tous les soirs. La « malade » gardait le lit et l'inquiétude était grande autour d'elle ; mais elle avait un pouls à 70, un visage reposé, la peau fraîche et souple. La réaction du médecin se fit sans tarder, c'est-à-dire après avoir fait baisser soigneusement le thermomètre, sa mise en place et son maintien dans le rectum pendant trois minutes par le médecin lui-même. Résultat enregistré : 37° 3. La cause était entendue.

Les fortes fièvres volontairement provoquées ne paraissent pas entrer dans le cadre de la simulation pure et trouveront plutôt leur place dans un chapitre de diagnostic différentiel.

B. — LES PETITES FIEVRES SIMULEES

Tous les procédés précédents donnent des températures très élevées et il est en général facile d'en découvrir la cause.

Il n'en est pas de même de ces fébricules qui peuvent durer des mois, ne dépassant par 38° ou 38° 5 et qui ont un air de vérité beaucoup plus grand que les manifestations spectaculaires ; d'autant plus que ces températures modérées, lorsqu'elles sont pathologiques, peuvent très bien ne s'accompagner d'aucun signe, et bien des tuberculoses, en particulier, ne se traduisent pendant des mois que par cette petite température rebelle à tous traitements.

C'est parce qu'elles sont si difficiles à dépister qu'elles ne se rencontrent que dans des milieux bien informés para-médicaux qui connaissent la signification de ces températures sournoises et interminables.

Elles sont rarement dues à l'absorption de médicaments ou de produits chimiques tels que les dérivés nitrés car les intéressés savent bien que si, à faibles doses, ils leur donneraient les degrés voulus, administrés pendant si longtemps, ils leur seraient certai-

nement très nuisibles bien qu'étant la cause d'un amaigrissement intéressant.

Les moyens grossiers tels que la bouillotte et le cerceau chauffant ne sont pas employés non plus, d'une part le degré obtenu risquerait d'être trop élevé, et d'autre part si ces « malades » sont souvent alités ils ne peuvent tout de même pas alléguer des frissons tels qu'ils nécessitent l'emploi du cerceau électrique.

Plus utilisés sont les secousses ou le frottement qui permettent, si l'on sait s'arrêter à temps, d'obtenir exactement la température souhaitée. Il en est de même des contractions du sphincter anal qui est certainement l'un des moyens les plus en vogue, à l'hôpital tout au moins.

Si l'on prend la température axillaire, des frottements du bras contre le thorax peuvent donner les mêmes résultats, mais c'est, paraît-il, beaucoup plus difficile.

Ici, le procédé de choix est la production d'une irritation locale, intra-rectale, obtenue quelquefois par l'introduction d'une gousse d'ail dans le rectum ou n'importe quel irritant ou caustique quelques minutes avant la prise de la température. Il se fait alors une hyperthermie locale réelle comme pour toutes autres inflammations cutanées ou muqueuses.

Lorsqu'il en est ainsi, l'infirmière ou le médecin peuvent bien maintenir en place le thermomètre, il accusera toujours 38°-38° 2.

Un contrôle supplémentaire est tout de même possible, on peut prendre alors la température axillaire qui est en principe de 6 dixièmes de degré plus basse que la température buccale qui ne compte que 3 dixièmes de degré de moins. C'est ce moyen de contrôle qui permet d'élucider plus d'un diagnostic difficile.

OBSERVATION n° 1. — (*Due à l'obligeance du professeur MATTEI*).

Le malade était un sujet assez cultivé qui, depuis des mois, avait de la fièvre le soir ; la température observée directement avec le thermomètre placé et maintenu dans le rectum par le médecin était de 38°1 ou 38°3. Tous les examens cliniques et radiologiques ayant été négatifs à plusieurs reprises, on pensa à une supercherie, c'est alors que l'on prit la température buccale, elle était de 37°1.

Une fièvre générale ne donne pas cet écart. On sut par la suite qu'il s'agissait ici d'une irritation intra-rectale locale répétée tous les jours, grâce à laquelle la température de la muqueuse s'élevait de quelques dixièmes.

OBSERVATION n° 2. — (*Due à l'obligeance du docteur PAUL SARRADON*).

Ici la malade, M^{lle} Y..., âgée de 21 ans, malgré tout le mal qu'elle s'était donné, avait été prise moins au sérieux.

Cette jeune fille avait présenté des troubles pubertaires avec règles venues seulement à 15 ans, règles douloureuses, rares, irrégulières. Accrocyanose des extrémités. Esprit romanesque mais intelligente, elle avait toujours été la première de sa classe.

À la suite d'ennuis sentimentaux, elle veut que l'on s'occupe d'elle. Elle commence alors à faire croire à la présence d'esprits dans la maison. La nuit, elle attache les poignées de casseroles de la cuisine avec de longs crins qui traversent la pièce, passant par des trous de la cloison qui séparent la cuisine de sa chambre; elle mène ainsi grand bruit pendant dix nuits consécutives, puis on la surprend enfin.

Douze jours après, pseudo-frissons, claquement des dents, fièvre à 40° et les jours suivants température en plateau 38°-38°5 avec une anorexie céphalée, tremblement. Pendant vingt jours, très régulièrement, elle est aux environ de 38°, mais toujours sans aucun signe physique. Tout rentre dans l'ordre enfin et après plusieurs mois, dans le silence du cabinet, elle avoue avoir truqué sa température (par contraction du sphincter anal). La première température à 40° était due à la proximité de la bouillotte.

Deux années après, la même malade a fait une crise pithiatique des plus nettes. Son insuffisance ovarienne donne l'impression d'avoir été un jeu. Elle s'est mariée depuis et tout va bien.

OBSERVATION n° 3. — (*Due à l'obligeance du docteur REYBAUD*).

Là, le malade s'était entouré de plus de vraisemblance. J. A..., cultivateur de 38 ans, avait réussi à se faire hospitaliser à Tivollier pour bacillose pulmonaire. Il accusait de la dyspnée, de la toux et une expectoration abondante, avec des hémoptysies répétées.

L'examen clinique ne mettait en évidence que des signes de bronchite diffuse. À plusieurs reprises, la recherche du B. K. avait été négative. La radio montrait une sclérose pulmonaire ancienne, ne paraissant pas stabilisée, mais ce malade avait une température à 37° le matin et 38° le soir depuis deux mois. Comme il était par ailleurs un assez mauvais sujet indiscipliné et qui sortait de prison, on pensa à la possibilité d'une supercherie. Le maintien en place du thermomètre par l'infirmière démontra qu'il était absolument apyrétique. Il avoua alors avoir fait monter le thermomètre par des chiquenaudes.

OBSERVATION n° 4. — (*Due à l'obligeance du docteur A. RAYBAUD*).

Ressemble beaucoup à la précédente.

M. F..., navigateur de 40 ans, également hospitalisé à Tivollier, accusait de la toux, de la dyspnée et des hémoptysie. Examens cliniques, radiologiques et recherches répétées de B. K. dans les expectorations étaient négatives. Mais une fébricule persistante à 38° durait depuis quelques semaines.

Devant le contraste entre cette température et les signes observés, on pensa à une simulation. On pratique un contrôle qui montre une température normale. On ne sut jamais comment le malade « truquait » sa température car il sortit de l'hôpital par évasion immédiatement après avoir été découvert.

Dans les services de tuberculeux, surtout lorsque les malades sont plus ou moins scléreux pulmonaires, le diagnostic est particulièrement difficile et demande une observation attentive.

SIMULATION DUE AU THERMOMÈTRE. — Dans l'étude de ces fébricules, il faut faire une place à part à une supercherie bien involontaire de la part de l'intéressé et qui est pourtant relativement fréquente : « c'est la simulation due au thermomètre » qui peut accuser quelques degrés de plus que la réalité. Naturellement l'instrument de mesure peut être maquillé, mais ce procédé est d'une technique difficile et sont surtout utilisés des thermomètres inexacts et mal gradués faciles à se procurer.

Mais il arrive assez souvent qu'en toute bonne foi un individu se déclare sub-fébrile, dans ce cas la température axillaire ou buccale est en rapport avec la température rectale ce qui compliquerait singulièrement la situation si l'on était orienté vers la réalité par des expériences renouvelées.

Il est facile, en cas de doute, de changer l'instrument de mesure.

DIAGNOSTIC

DIAGNOSTIC POSITIF.

Comment faire le diagnostic de ces hyperthermies provoquées ou simulées ? La difficulté en est très variable. Quelquefois la supercherie est évidente, il y a des gens qui ne savent pas cacher leur jeu ou qui exagèrent, il en est d'autres pour qui l'esprit est plus facilement attiré de ce côté-là. C'est ainsi que dans les prisons par exemple on y pensera davantage, de même pour ceux qui ont déjà fait leurs preuves dans ce sens et qui sont toujours sujet à caution.

Mais en dehors de ces arguments d'ordre psychologique, qui ne sont pourtant pas négligeables, il en est d'autres beaucoup plus sérieux et surtout plus cliniques.

D'abord, la fièvre principalement lorsqu'elle est importante n'est pas un symptôme isolé. Résultat d'une perturbation de l'équilibre thermique, elle s'accompagne de tout un cortège de signes qui sont la traduction d'un désordre organique profond. Or si on recherche ici les autres manifestations dont se compose le syndrome « fièvre » on ne les retrouve pas.

1. - *Le facies et l'état général.* — Sont les premières choses que l'on observe et qui s'imposent en arrivant auprès du malade.

Un malade fébrile, surtout si sa température est élevée et dure depuis quelque temps, a un aspect particulier. Il est plus ou moins amaigri, a l'air fatigué, souvent ses yeux sont cernés, son visage est vultueux, couvert de sueur ou au contraire son teint peut être pâle ou terreux, parfois subictérique.

Les yeux sont en général brillants, mais ce signe a peu de valeur. La peau est moite et un peu écailleuse.

Chez nos fraudeurs il n'en est rien, évidemment, dans leurs récits ils décrivent avec complaisance leurs douleurs, leur lassitude ; ils accusent des céphalées, des nausées, des vertiges, parfois des accès accompagnés de frissons, ou des « crises » auxquelles personne n'a jamais assisté, ou qui, si elles ont pu se produire en public, se sont signalées par leur aspect particulièrement drama-

tique, bien qu'en tombant le malade ne se soit jamais fait la moindre égratignure.

Mais malgré toutes les explications de l'intéressé, le contraste est net, et l'on reste surpris par l'intégrité complète de l'état général devant le degré et la durée de la fièvre.

2. - *Le poulx.* — Lui aussi est excellent et loin d'être en rapport avec la température. Naturellement au premier abord on n'a pas toujours l'esprit orienté vers une simulation et on peut penser à une dissociation pathologique telle qu'elle s'observe dans la fièvre typhoïde, mais l'absence des autres signes fait rapidement rejeter ce diagnostic, surtout dans nos régions où l'on est si familiarisé avec la dothiéntérie.

Néanmoins, il est très possible que dans une fièvre simulée on observe de la tachycardie, d'abord il faut prendre le poulx, un moment après le premier contact, car un élément émotif peut entrer en jeu chez des gens souvent particulièrement nerveux et qui n'ont pas toujours la conscience très tranquille.

D'autres peuvent se présenter au médecin immédiatement après une course rapide par l'ascension d'un escalier un peu raide. Là encore, il suffit d'attendre quelques minutes pour que le calme se rétablisse ; du reste, s'ils ont couru, il existe de la dyspnée facilement appréciable et qui s'estompe rapidement.

On a raconté que certains sujets se heurtaient le coude contre le mur pour accélérer leur poulx, manœuvre qui pouvait être déjouée en comparant la fréquence des pulsations des deux côtés. Le poulx traduisant l'ondée systolique du cœur, on ne conçoit pas comment en dehors de toute atteinte pathologique cardiaque ou artérielle il pourrait être plus fréquent d'un côté que de l'autre.

Mais des simulateurs plus raffinés ont pu faire coïncider leur hyperthermie avec une tachycardie véritable, principalement due à la caféine, soit par absorption d'une quantité importante de café fort, soit par utilisation de la caféine pure qui, à dose thérapeutique, augmente et accélère le rythme des battements cardiaques.

A doses plus fortes, 0 gr. 80 à 1 gr. 50, on observe de la tachycardie et de l'arythmie avec dissociation auriculo-ventriculaire. Le produit est absorbé d'habitude deux à trois heures avant l'examen médical et les pulsations cardiaques peuvent être de 120 à 150 et même 160 battements à la minute.

Si on suspecte cette possibilité, on peut identifier aisément la présence de la caféine dans les urines où passent 3 à 5 % de la drogue dans les quatre à cinq heures qui suivent l'ingestion.

L'usage d'extrait thyroïdien donne les mêmes résultats, mais s'accompagne alors de signes Basedowien plus ou moins frustes.

3. - *Le rythme respiratoire* est normal chez ces malades qui savent bien que s'ils accusaient des troubles respiratoires avec hyperthermie, la clinique et la radiologie auraient tôt fait de dévoiler l'intégrité de leur parenchyme pulmonaire.

4. - *L'état de la langue et de la gorge* est en général normal malgré l'élévation thermique. Evidemment, une gorge rouge peut être le résultat d'un abus prolongé de tabac, mais l'odeur de l'haleine, la couleur des dents et parfois le dépôt de nicotine sur les doigts sont tellement caractéristiques que le doute ne vient pas à l'esprit.

La langue, qui est souvent saburrale, ne peut pas avoir un crédit illimité, nombre d'états fébriles authentiques s'accompagnent d'une langue rose, et inversement elle peut être très chargée pour un léger désordre digestif.

Tous ces signes cliniques qui sont intimement liés au syndrome fièvre sont tous très importants pour le diagnostic et doivent être recherchés avec beaucoup de soins.

Cependant, dans des fièvres véritables, ils peuvent ne pas exister au complet, et même faire tout à fait défaut, surtout lorsque la température est peu élevée et c'est justement dans le cas de fébricules prolongées qui peuvent n'atteindre que très peu l'état général que le diagnostic est très difficile.

De toutes façons des examens cliniques complets et répétés restent toujours négatifs et il y a un autre moyen de diagnostic, celui qui est peut-être le plus sûr : c'est le contrôle de la température par le médecin ou une infirmière.

Si cette manœuvre ne donne pas les résultats escomptés, rien n'est plus simple que de changer l'instrument de mesure qui peut donner un chiffre inexact ; et surtout il est important de prendre la température axillaire ou buccale pour éliminer la possibilité d'une irritation de la muqueuse rectale.

Cette vérification a une grande valeur, car une température buccale supérieure de plus de 3/10° de degré ou axillaire de plus de 6 dixièmes, à la température rectale on peut affirmer que la température du corps n'est pas celle accusée par le malade.

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL.

Mais quelquefois les résultats ne concorderont pas avec ce que l'on attendait de cet examen, il faudra alors envisager deux hypothèses : celle d'une affection réelle ou bien l'absorption d'une substance hyperthermisante et le diagnostic sera alors une question de « flair » et d'analyses chimiques destinées à déceler des substances toxiques possibles dans les urines.

Hyperthermies provoquées

En effet, ces fièvres élevées peuvent n'être pas dues à une simulation grossière, mais *provoquées artificiellement*.

Naturellement, ces cas sont rares chez les femmes ou les sujets pusillanimes, mais s'observent avec une grande fréquence en médecine militaire en période de guerre ou de pré-guerre en particulier.

On constate alors d'autres signes cliniques plus ou moins nombreux : accélération du pouls, moiteur de la peau, facies fébrile spécial, état saburral des voies digestives, et parfois une augmentation de l'azotémie, de la glycémie et de la glycosurie suivant les produits ingérés. On a vu même la mort être l'aboutissant indésirable de ces intoxications volontaires.

Nous ne nous arrêterons pas à l'étude des petits moyens peu efficaces, mieux décrits par Courteline que par les auteurs classiques, telle qu'une course rapide immédiatement avant la visite qui évidemment donne de la tachycardie, de la rougeur de la face, une transpiration plus ou moins abondante et une élévation thermique d'ailleurs modérée et qui, facile à démasquer, ne résiste pas à l'épreuve d'un repos de quelques minutes.

Il en est de même de la cigarette trempée dans l'huile qui peut déterminer des nausées et même de légitimes vomissements, mais dont l'action thermique n'a jamais été bien démontrée.

Plus sérieuses sont les fièvres provoquées par l'injection de plantes vénéneuses. Les médecins des bataillons coloniaux citent de nombreux cas d'absorption de fleurs de laurier-rose qui causent en plus d'une fièvre élevée des vomissements répétés accompagnés de tendances lipothymiques.

Les méthodes utilisées peuvent être plus scientifiques encore, surtout depuis ces dernières années. Les fièvres sont souvent provoquées par certains produits dérivés dinitrés du phénol, du

naphtol, du crésol et du thymol. Ils agissent par leur toxicité et produisent une maladie véritable. Ils sont très difficiles à doser convenablement pour obtenir l'effet désiré. Ils sont dix fois plus toxiques que l'acide picrique ; ils augmentent les métabolismes tissulaires et sont utilisés pour cette raison en thérapeutique où ils élèvent la température de 1° à 1° 5, mais à dose plus forte (0 gr. 20 - 0 gr. 30) il élève à 40°.

Ils augmentent l'azotémie qui peut atteindre 1 gramme et plus, et la glycémie. On constate de la glucosurie.

On comprend que de tels produits ne soient pas inoffensifs, surtout si l'on considère que la dose mortelle se trouve entre 0 gr. 60 et 0 gr. 70. Pour obtenir la fièvre recherchée, il n'est pas rare que le simulateur en absorbe une quantité suffisante pour aboutir à une intoxication aiguë avec 42° ou même 43° et même parfois la mort.

Ces substances sont relativement faciles à se procurer, certaines se trouvent dans le commerce et sont actuellement spécialisées comme médicaments de l'obésité.

On a quelquefois rencontré des hyperthermies provoquées par l'injection de soufre, le plus souvent ce sont des solutions colloïdales concentrées qui sont utilisées. Il se produit alors une augmentation de l'uricémie et de l'uricurie suivie d'une diminution dans les jours suivants.

Ces faits sont attribuables à de nombreux facteurs, parmi lesquels prédomine la leucocytose et la destruction exagérée des globules rouges qui sont elles-mêmes la conséquence de l'hyperthermie provoquée.

Des simulateurs très au courant peuvent vouloir en imposer pour une suppuration profonde connaissant la difficulté de ce diagnostic et une leucocytose sanguine accompagnant une fièvre simulée peut être provoquée artificiellement soit par des procédés physiques, soit par des méthodes chimiques.

1° Les procédés physiques (bain froid, par exemple) n'agissent que passagèrement en déterminant des troubles vasomoteurs pouvant modifier la répartition des diverses catégories de leucocyte. Il ne s'agirait ainsi que d'une apparence de leucocytose disparaissant à l'examen du sang provenant d'organes ou de vaisseaux profonds.

2° Mais il est des corps qui augmentent vraiment le nombre

des leucocytes. Il y en a beaucoup : eau distillée, iode, iodure de potassium, sérums artificiels ou thérapeutiques chauffés, nucléinate de soude, pilocarpine et lécithine, peptone et pepsine, hémoglobine, bile, bouillon, ptomaines, extrait d'organe, essences, éther, camphre, etc...

Lumière a montré qu'en outre un grand nombre d'hydrates de carbone de la série grasse donne par injection sous-cutanée ou intra-musculaire, une polynucléose qui peut survivre à la disparition de la leucocytose, leur action étant maximum au lendemain de la piqûre et se poursuivant encore trois ou quatre jours après.

Les huiles ont paru plus efficaces que les corps solubles employés.

Abcès et plaies provoqués

Cependant ces inoculations ne sont pas à la portée de tout le monde et ne sont donc pas d'une extrême fréquence. Il est bien rare que le simulateur connaisse l'existence de ces produits et lorsqu'ils sont en cause, il lui ont généralement été conseillés et procurés.

C'est pourquoi il est un moyen beaucoup plus utilisé parce que plus simple : c'est l'injection sous la peau d'un produit septique.

Il faut peu de chose pour infecter gravement les tissus sous-cutanés. Une aiguille ordinaire et du fil suffisent.

Le fraudeur souille de tartre dentaire ou de parcelles de matières fécales le fil passé dans l'aiguille, à moins que ce fil ne soit remplacé purement et simplement par un crin de cheval ; il lui fait traverser un pli de la peau de part en part, à la jambe ou à la cuisse, plus rarement au pied.

L'abcès se forme très rapidement, et la virulence des germes introduits est telle que l'infection peut se généraliser d'emblée.

Il est fréquent que le malade ne vienne consulter que pour un état fébrile sans vouloir attirer l'attention sur sa cause, et on peut conclure provisoirement à une injection passagère d'origine gastro-intestinale. Pourtant si on le fait déshabiller complètement on découvre l'abcès qui présente une particularité très caractéristique : c'est l'existence de deux orifices elliptiques, peu éloignés l'un de l'autre, représentant les orifices d'entrée et de sortie de la piqûre septique.

Par suite de l'inflammation et de la tuméfaction des tissus sous-jacents, leur diamètre dépasse celui de l'aiguille et il en sort un peu de sérosité. La lymphangite est plus ou moins étendue, l'adénopathie satellite toujours nette.

A l'incision, l'odeur est fécaloïde, le pus parfois collecté, mais plus fréquemment les tissus sont seulement en voie de sphacèle.

Au microscope, on trouve une flore abondante et particulière, permettant de rejeter les explications que donnent souvent les malades, une plaie couture, une piqûre qui suppurent sont rarement infectées par tant de germes à la fois et si variés.

Une autre catégorie d'abcès est formée par ceux dont le pus reste aseptique. Ils sont très différents par leur symptomatologie et leur pronostic. Ce qui caractérise les précédents ce sont les phénomènes généraux, la fièvre autant que les lésions locales qui, dans les formes à virulence exaltée, peuvent être même assez discrètes.

Dans les abcès aseptiques, au contraire, les phénomènes locaux sont à peu près tout. C'est pourquoi ils ont une place beaucoup moins grande dans le cadre des fièvres simulées.

Nous les signalerons cependant, car ils peuvent être une cause d'hyperthermie, à moins qu'une fièvre entièrement simulée ne les accompagne.

Depuis Fauchier, la pratique des injections d'essence de thérébentine est familière et connue de tous, mais bien d'autres substances ont été utilisées dans le but d'échapper provisoirement aux obligations militaires : la benzine, l'essence d'automobile et surtout le pétrole qui a connu une grande vogue pendant la guerre de 1914-1918, donnent des abcès bien particuliers, à odeur caractéristique à l'incision, aseptique.

Des caustiques : acides sulfurique, chlorhydrique et azotique, la soude, la potasse, provoquent de véritables escharres sous-cutanées. Les lésions sont très différentes de celles que donne l'injection d'essence de thérébentine ou de pétrole. Le malade examiné dans les premières heures ou les premiers jours, est porteur de préférence à l'avant-bras, parfois à la main, plus rarement sur l'autre région du corps, d'une plaque plus ou moins étendue, à bords généralement polycycliques, à teinte foncée, encore épidermisée, souvent recouverte de petites vésicules remplies de liquide. Il s'agit d'une plaque de sphacèle débutante.

Tantôt au centre, plus fréquemment à la périphérie, parfois même à 1 ou 2 centimètres est un pertuis béant ou fermé par une minuscule croutelle arrondie. Il correspond au passage de l'aiguille d'injection. Quand il se trouve en dehors de la plaque, la transparence de la peau peut permettre de voir une tracée linéaire, ecchymotique, représentant le trajet oblique de l'aiguille.

Aux alentours de la plaque de sphacèle, la peau est rouge, tendue, chaude, cette lymphangite est d'étendue très variable.

L'état général est rarement grave, bien que la température atteigne facilement 39°.

A l'incision, le derme est gris noirâtre, sphacellé quelques jours plus tard, l'allure est celle d'une escharre quelconque par caustique.

Des huiles irritantes de croton surtout ont été aussi souvent utilisées.

Dans la production et l'entretien des plaies, la fièvre passe au second plan.

Hyperthermies de cause légitime

D'autres fois, malgré les apparences trompeuses, le suspect sera réellement malade.

Il existe en effet de très nombreux cas où le diagnostic reste hésitant pendant plusieurs semaines, aucun cadre ne paraît convenir tout d'abord à ces affections atypiques et, pour peu que le malade ait conservé un assez bon état général et qu'il ait une physionomie un peu sournoise, l'idée d'une simulation possible peut venir à l'esprit.

Dans ces cas, il est de la plus élémentaire prudence de toujours admettre comme légitimes les états fébriles, parce que rien n'est parfois plus délicat que de reconnaître la cause d'une fièvre. Il arrive que tous les moyens d'investigation scientifique soient épuisés sans que l'on puisse préciser le nom de la maladie. Les courbes thermiques elles-mêmes sont parfois des plus disparates bien qu'il s'agisse de la même affection. C'est pourquoi il ne faudra pas se fier uniquement à l'allure anormale d'une courbe pour suspecter un malade. Nombreuses sont les causes souvent méconnues des fièvres prolongées.

Toutes les affections canaliculaires peuvent être longues à faire leurs preuves, les infections biliaires surtout si souvent

atypiques. Quoi de plus difficile que le diagnostic d'un calcul du cholédoque anictérique, le malade accusant simplement de la douleur, ou même parfois rien d'anormal, et se traduisant par une suite impressionnante et ininterrompue de clochers alors que des radios répétées et des tubages duodénaux donnent des résultats qui sont souvent loin d'être affirmatifs.

Il en est de même des infections des voies urinaires, les pyélonéphrites d'origine coli-bacillaire en particulier.

Et les dilatations des bronches qui peuvent se traduire uniquement par l'apparition d'une température plus ou moins irrégulière chez un individu qui a toussé et craché toute sa vie et ne paraît pas plus mal se porter pour cela.

De même les abcès du poumon avant la vomique naturellement, en particulier lorsque l'étiologie est obscure et que l'indication radiologique n'a pas encore été posée.

Bien plus difficile encore peut être le diagnostic d'une suppuration profonde qui ne donne pas encore de contractures localisées et ne se traduit que par une courbe d'allure variée avec quelquefois même une formule sanguine tout à fait normale.

Il est rare qu'une septicémie authentique soit considérée comme suspecte, bien que les hémocultures puissent être négatives ; l'état général est tel qu'il ne laisse pas de place au doute. On peut cependant rencontrer des septicémies au début avec bon état général ; il en est quelquefois ainsi des septicémies à méningocoques au début des périodes d'épidémies.

On sait combien l'appendicite chronique peut avoir des manifestations diverses et la souffrance de la région de Mac Burney atténuée.

Fièvre de Malte, paludisme, typhoïde même sont souvent bien difficiles à affirmer dans leurs formes anormales, surtout les deux premières qui fournissent relativement souvent des résultats négatifs ou insuffisants aux épreuves de laboratoire.

De petites hyperthyroïdies avec fièvre peuvent être très difficiles à déceler et il faudra pratiquer avec soins la recherche des petits signes de la série basedowienne et le métabolisme de base.

On pourrait continuer à l'infini cette énumération. Cependant, dans tous ces cas de fièvres élevées, s'il y a supercherie, elle est en général assez rapidement découverte. La divergence est trop accusée entre la température et les signes cliniques.

Mais si l'on peut trancher sans crainte les cas de fortes fièvres simulées, certaines fébricules demandent une longue observation et beaucoup de réserve.

Dans ses « syndromes d'imprégnation tuberculeuse », le Professeur Burnand, de Lausanne, décrit, en effet, sous le nom « d'états bacillaires chroniques », une forme de tuberculose se traduisant par une fébricule prolongée qui en est le symptôme capital et qui offre la particularité de n'être pas modifiée par le repos, même prolongé et qui résiste aux anti-thermiques.

Cette fièvre s'accompagne d'un état valétudinaire chronique ; le patient souffre de vagues points thoraciques, des fatigues, de céphalées, d'insomnies ; mais aucune indication précise pour le clinicien ne ressort de ces plaintes.

De plus, l'apparence générale n'est pas toujours mauvaise, l'embonpoint et le teint sont conservés. Si l'on ajoute que ces états s'observent avec une prédominance marquée dans le sexe féminin (90 % des cas), que la chronicité survient d'emblée et qu'on ne retrouve aucun foyer de tuberculose localisée, les altérations anatomiques étant extrêmement discrètes parfois même occultes, on comprendra qu'il est très difficile, dans bien des cas, d'en poser le diagnostic.

Les « patraques bacillaires » sont pour le même auteur très voisins des précédents. Ce sont encore des femmes qui se plaignent de symptômes vagues, mal localisés, de lassitudes, de dysménorrhée. Mais comme, en général, elles n'ont jamais eu une santé normale, on ne fait guère attention à leurs plaintes. La mine n'est pas forcément plus mauvaise que d'habitude. On ne constate ici non plus aucun signe objectif sinon un aspect misérable de la malade et un état subfébrile intermittent au prolongé mais presque toujours prémenstruel. Par dessus le marché, ces malades peuvent être des déséquilibrés psychiques, ce qui n'est pas fait pour faire prendre au sérieux une fièvre que rien ne paraît expliquer et comme la preuve de leur tuberculose est souvent impossible à faire, le premier écueil à éviter est de les taxer de malades imaginaires, de névropathes ou de simulateurs.

Et pourtant rien de plus légitime que leurs plaintes.

Ceci explique pourquoi un médecin est toujours alerté par ces petites fièvres rebelles et qu'il hésite longtemps avant de traiter de « comédien » un sujet qui est peut-être un tuberculeux.

Comment différencier d'une simulation ces états bacillaires chroniques ? C'est très difficile.

Il faudra faire des examens cliniques complets et répétés : rechercher soigneusement les altérations stétacoustiques les plus légères, la moindre augmentation localisée des vibrations vocales, en particulier dans les régions sus-claviculaires où elles peuvent être modifiées à l'exclusion de tout autre siège. Il faudra faire des clichés radiologiques qui peuvent montrer quelques calcifications hilaires ou intra-parenchymateuses, parfois une interlobite ou un comblement d'un sinus. Il arrive qu'à l'examen des autres appareils, on trouve une douleur dans la fosse iliaque droite ou quelques ganglions indurés.

Mais, souvent, l'élévation thermométrique demeure l'unique signe de la maladie. Le seul moyen de différenciation possible est alors le contrôle rigoureux de la température et le mieux est encore la prise de la température buccale qui permettra seule, si l'écart est trop important, d'affirmer que le malade nous trompe.

Des auteurs modernes : Pasteur-Valéry-Radot, C. Mauriac et F. Lemand, ont décrit des modifications dans le tonus vago-sympathique au cours de la fièvre. Ils ont étudié systématiquement le tonus végétatif et ils ont trouvé que dans 13 cas sur 17 le réflexe oculo-cardiaque est atténué, inversé ou aboli lors de la fièvre. Dans un cas, il est non modifié ; dans les trois autres cas, peu net.

Le réflexe solaire, dans 14 cas sur 17, est nettement intensifié au cours de la fièvre. Une fois seulement, il est atténué. Dans deux cas, il n'y a pas de modifications appréciables.

Confrontant les résultats obtenus par l'étude similaire du réflexe oculo-cardiaque et du réflexe solaire, ils ont constaté que 16 sujets sur 17 évoluaient au cours de l'hyperthermie vers la sympathicotomie, une seule fois vagotonie.

Ces tests simples pourraient être appliqués à certains cas dans lesquels il est difficile de savoir si l'hyperthermie est bien générale ou si elle est le fait d'une modification locale ou de manœuvres portant sur le thermomètre.

Mais, en général, point n'est besoin de tant de précision. Un clinicien devient à la longue un fin psychologue et « sent » qu'il est en présence d'un sujet qui essaie de le tromper et bien souvent finit par faire avouer à son patient la cause de sa supercherie qu'un emploi vigilant du thermomètre aura dépisté.

CONCLUSIONS

On a vu que les moyens de simuler la fièvre sont nombreux, que la loi de l'intérêt commande presque toujours, sinon toujours, ces états fébriles, comme toutes les autres maladies volontairement provoquées : soit intérêt moral qui est le même depuis des siècles et qu'il existe des gens qui aiment à se plaindre ou à se rendre intéressants ; soit intérêt pratique, surtout depuis que les Assurances sociales ou autres reconnaissent et indemnisent la maladie.

C'est pourquoi il faudra toujours examiner avec soin les malades porteurs de syndromes un peu bizarres. Ceux qui exagèrent et exhibent des températures vraiment trop fortes pour leur aspect ne nous abuseront en général pas longtemps ; mais c'est avec le plus grand soin qu'il faudra tirer au clair l'histoire des fébricules interminables et inexplicables.

Pourtant il ne faut pas être fasciné par la recherche de la simulation chez tous les malades quels qu'ils soient et si, par hasard, nous sommes conduits à porter ce regrettable diagnostic, il faudra nous souvenir que nous ne sommes pas des policiers et que mieux vaut, sauf en cas d'expertise naturellement, ne pas trop confondre le malade. En se contentant de lui affirmer que le traitement prescrit ne peut pas ne pas le guérir en 48 heures et en lui ordonnant le retour immédiat à la vie normale, on voit la température redescendre presque miraculeusement. C'est le mode utilisé si fréquemment en psychothérapie.

En conclusion, malgré le pourcentage relativement élevé de ces supercheries, les vraies fièvres sont infiniment plus élevées que les fausses et ce n'est pas tous les jours que l'on se trouve en présence de ces dernières.

Il y a donc un écueil à éviter, c'est de voir partout des simulateurs et rien ne serait plus regrettable que d'accuser à tort un authentique malade sur le seul fait de « sa mauvaise mine » parce que l'on est incapable d'étiqueter le syndrome anormal qu'il présente.

Un examen systématique de tous les appareils, complété par des épreuves de laboratoire, sera indispensable dans tous les cas avant de porter une aussi grave accusation.

LU ET APPROUVÉ :
Le Président de Thèse,
Ch. MATTEI

VU ET APPROUVÉ :
Le Doyen,
Lucien CORNIL.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :
Aix, le 16 Mai 1942.
Le Recteur,
Pour le Recteur, le Doyen Délégué :
Ch. REYNAUD

BIBLIOGRAPHIE

- G. BAKOURIS. — Fièvres hystériques, *Revue Générale de clinique et de thérapeutique*, 1930.
- BANAL. — Acide picrique et simulation, *Compte Rendu de la Société de Paris*, 1913.
- BONNETTE. — Difficulté du diagnostic des mutilations volontaires, *Presse Médicale*, 1913.
- BURNAND. — Les syndromes d'imprégnation tuberculeuse.
- P. CHAVIGNY. — Psychiatrie et médecine légale aux armées, *Paris Médical*, 1913.
- II. CLAUDE. — Psychiatrie Médico-légale.
- H. CLAUDE et LÉVY VALENSI. — Eléments de criminologie psychiatrique.
- P. COMBEMALE. — Fièvres dans les psychoses, *Echo Médical du Nord*, 1936.
- P. COMBEMALE et P. MONDAIN. — Enregistrement prolongé de hautes fièvres causées par le malade. Etude clinique et psychologique, *Echo Médical du Nord*, 1936.
- COSTEDOAT. — La simulation des symptômes pathologiques et des maladies.
- FROMENT. — L'accident hystérique et pithiatique et la physiopathologie dite hystérique, *Revue neurologique*, février 1937.
- FROMENTY. — Utilitarisme et hystérie, *Annales médico-psychologiques*, février 1937.
- IIAURY. — La fausse simulation. *Encéphale*. Paris, 1914.
- HOMBOURGER. — Les fièvres hyperthermiques, *Thèse de Paris*, 1919-1920.
- J. LHERMITTE et J. AMAN. — Hyperthermie et pithiatisme ; la fièvre du thermomètre, *Revue neurologique*, 1937.
- M. LIVET. — Syndromes de Gauser chez un détenu militaire ; contribution à l'étude des rapports de la simulation et de la démence précoce, *Revue de psychiatrie*, Paris, 1914.
- P. MARIE. — A propos d'un prisonnier simulateur, *Revue neurologique*, Paris, 1914.

MATTEI (Professeur). — *Feuillets cliniques*, 1942.

MORVAN. — Phlegmons provoqués par l'inoculation sous-cutanée de pétrole, *Archives de Médecine et de Pharmacie*, Paris, 1913.

L. NORZA et DE FLORA. — *Académie Médicale de Gênes*, septembre, 1939.

PASTEUR VALÉRY RADOT, G. MAURIAC et J. LEMAND. — Réaction cutanée vaso-motrice au cours de l'hyperthermie artificielle chez l'homme. *Compte rendu de la Société de Biologie*.

PASTEUR VALÉRY RADOT, G. MAURIAC et J. LEMAND. — Effet sur le système neuro-végétatif des fièvres artificiellement provoquées: Etude de Tests, *Presse Médicale*, 1937.

V. PAUCHET et A. BÉCART et H. GOEHLINGER. — Fièvres chroniques, *Bulletin et Mémoires de la Société de Chirurgie de Paris*, 1930.

POROT. — La simulation, *Congrès de Luxembourg*, 1921.

A. RAVINA et P. SZEKELY. — *Presse Médicale*, juillet, 1939.

ROUSSY. — A propos de quelques troubles nerveux psychiques observés à l'occasion de la guerre (hystérie ; hystérotraumatisme, simulation), *Revue Neurologique*, Paris, 1914.

S. T. SEGUINOT. — La mythomanie devant la justice, *Thèse de Paris*, 1929.

SIMAR. — Simulation des maladies, *Archives Belges du Service de Santé de l'Armée*, 1939.

M. SIVADJIAN. — Substances qui produisent de l'hyperthermie, *Paris Médical*, 1933.

L. VALÉRI. — *Précis de psychiatrie*.

VIELLE. — Maladies mentales ; maladies simulées sur le transport « La Loire », voyage du 11 au 31 juillet 1913, *Annales d'hygiène et de Médecine Coloniales*, Paris, 1913.

Table des Matières

INTRODUCTION	11
HISTORIQUE ET PATHOGÉNIE.....	13
ASPECTS CLINIQUES	15
A. — Les hautes fièvres simulées.....	15
B. — Les petites fièvres simulées.....	22
DIAGNOSTIC	27
Diagnostic positif	27
Diagnostic différentiel	30
Hyperthermies provoquées	30
Absès et plaies provoqués.....	32
Hyperthermies de causes légitimes.....	34
CONCLUSIONS	39
BIBLIOGRAPHIE	41

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Etre suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !
